

C.-W. (n° 4)

c.

OMPI

129^e session

Jugement n° 4246

LE TRIBUNAL ADMINISTRATIF,

Vu la quatrième requête dirigée contre l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (OMPI), formée par M^{me} M. C.-W. le 2 juillet 2018, la réponse de l'OMPI du 8 octobre, la réplique de la requérante du 9 novembre 2018 et la duplique de l'OMPI du 13 février 2019;

Vu les articles II, paragraphe 5, et VII du Statut du Tribunal;

Après avoir examiné le dossier, la procédure orale n'ayant été ni sollicitée par les parties ni ordonnée par le Tribunal;

Vu les pièces du dossier, d'où ressortent les faits suivants :

La requérante conteste la non-reconnaissance de ses maladies comme maladies professionnelles.

Des faits pertinents à la présente affaire sont exposés dans le jugement 4243 de ce jour, rendu sur la première requête de l'intéressée.

La requérante, titulaire d'un engagement permanent, fut victime d'un accident du travail (lumbago) le 18 mars 2013. Elle fut placée en congé de maladie à 100 pour cent jusqu'au 19 mai, puis à 50 pour cent. Le 11 novembre, le médecin de la Section des services médicaux des Nations Unies et des institutions spécialisées à Genève — qui était également le médecin-conseil de l'OMPI — lui indiqua ne pas être en mesure de valider son congé de maladie en relation avec ledit accident au-delà du 15 novembre. À partir du 14 novembre 2013, le médecin

traitant de la requérante délivra à cette dernière des certificats la plaçant, cette fois-ci, en congé de maladie à 100 pour cent pour un syndrome anxiodépressif.

Par courrier du 9 janvier 2014, la requérante fut informée que, compte tenu des éléments en sa possession, la Section des services médicaux n'avait pas validé les derniers certificats médicaux qu'elle avait fournis et que, par conséquent, son absence jusqu'au 7 janvier 2014 avait été enregistrée en congé annuel. Le 18 janvier, la requérante, à qui son médecin traitant avait délivré un nouvel arrêt de travail jusqu'au 9 février 2014, fit part de son désaccord et demanda qu'un rhumatologue et un psychiatre procèdent à une «contre-expertise» indépendante. Cette demande fut acceptée et ses certificats médicaux couvrant la période allant du 14 novembre 2013 au 7 février 2014 — date à laquelle devait avoir lieu l'expertise pluridisciplinaire — furent validés. Il ressort de l'expertise rhumatologique qui fut pratiquée que la prolongation du congé de maladie au-delà du 14 novembre 2013 pour l'accident du travail susmentionné n'était pas justifiée. Quant à l'expertise psychiatrique, elle fit apparaître que la capacité de travail de l'intéressée était de 50 pour cent et qu'une reprise du travail à temps plein serait possible dans un délai de deux à trois mois maximum. Par lettre du 16 avril 2014, la requérante se vit enjoindre de «reprendre le travail sans délai» et le 23 avril au plus tard.

La requérante n'ayant pas repris le travail à la date souhaitée, le Département de la gestion des ressources humaines lui envoya deux lettres de relance. Le 8 mai, l'intéressée fit savoir qu'elle était dans l'incapacité de reprendre le travail et demanda la convocation d'une commission médicale en application de l'alinéa g) de la disposition 6.2.2 du Règlement du personnel, ce qui lui fut accordé. Le 11 juillet 2014, elle déposa une plainte pour discrimination et harcèlement.

La Commission médicale, qui se réunit les 27 janvier et 17 mars 2015, rendit ses conclusions le 4 juin 2015. Elle considéra que les conclusions de l'expertise de février 2014 étaient fondées même si le pronostic concernant la reprise du travail à temps plein était «vraisemblablement trop optimiste». Déclarant que l'état de la requérante s'était dégradé à partir du 17 mars 2014 et qu'elle n'était «actuellement» — et depuis le

17 mars — plus apte à travailler en raison de ses troubles psychiques, elle préconisait une mise en invalidité. Par courrier du 30 juin 2015, la requérante fut informée que, par suite de la reconnaissance de son incapacité à travailler, son crédit de jours de congé de maladie et de congé annuel avait été épuisé au 7 mai 2015 et que, «la Section des services médicaux [...] a[yant] confirmé» qu'elle était dans l'incapacité d'exercer ses fonctions, ou d'autres fonctions pouvant raisonnablement être exigées d'elle, le Directeur général avait décidé, en vertu de l'alinéa a) de l'article 9.2 et de l'article 9.4 du Statut du personnel, de la licencier pour raisons de santé à compter du 30 septembre 2015.

Le 3 août, la requérante présenta une demande de réexamen de cette décision. À cette occasion, elle sollicita également la «m[is]e en place [de] la procédure pour faire reconnaître [s]a maladie comme maladie professionnelle». À la fin du mois, elle fut avisée qu'il avait été décidé de la mettre au bénéfice d'une pension d'invalidité à compter du 8 mai. Par courrier du 20 octobre, elle fut informée du rejet de sa demande de réexamen de la décision de la licencier. Concernant la demande de reconnaissance d'une maladie professionnelle, il lui était indiqué qu'aucune demande officielle n'avait pu être adressée à la Section des services médicaux étant donné qu'elle n'avait pas retourné le formulaire de déclaration correspondant, qui lui avait été envoyé le 2 octobre.

En novembre 2015, la requérante retourna les formulaires de déclaration de maladie professionnelle concernant son lumbago et son «épisode dépressif majeur». L'OMPI transmet les demandes de reconnaissance de ces maladies comme des maladies professionnelles à la Section des services médicaux et à l'assureur. Par courriel du 16 juin 2016, ce dernier informa l'OMPI que, pour le lumbago, le dossier avait été clôturé et que, s'agissant de la maladie psychique du 14 novembre 2013, il était dans l'impossibilité d'examiner la demande de la requérante dès lors que cette dernière l'avait présentée en dehors du délai contractuel de cent vingt jours.

Entre-temps, le 11 février 2016, la requérante avait saisi le Comité d'appel pour demander l'annulation de la décision de la licencier. Par lettre du 16 décembre 2016, se fondant sur les écritures produites par l'OMPI devant le Comité d'appel pour affirmer que le Directeur général

était en possession d'éléments lui faisant défaut concernant le caractère professionnel ou non de ses maladies, la requérante lui demanda de les lui fournir. Par courrier du 1^{er} mars 2017, cette dernière fut avisée que, jusqu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2015, de l'ordre de service n° 79/2014, l'OMPI avait pour pratique de ne pas déduire les absences pour accident du travail ou maladie professionnelle du crédit de jours de congé de maladie. Ainsi, le fait que la maladie psychique de l'intéressée se soit déclarée avant le 1^{er} janvier 2015 ne suffisait pas pour que les absences qui en avaient découlé ne soient pas déduites de son crédit de jours de congé de maladie : encore fallait-il que la maladie en question soit reconnue comme étant professionnelle, ce qui n'était pas le cas. Sur ce point, il était précisé à la requérante qu'il n'appartenait pas à l'OMPI de se prononcer sur le caractère professionnel ou non d'une maladie et qu'hormis la «décision» de l'assureur du 16 juin 2016 l'Organisation n'était en possession d'aucun document lui permettant d'affirmer ou infirmer le caractère professionnel de sa maladie. Le 30 avril 2017, la requérante sollicita la «révision de la non-reconnaissance» de ses maladies comme maladies professionnelles. À cette occasion, elle formula d'autres demandes, et notamment la communication de divers documents, la «révision de toutes les décisions coercitives et erronées prises à son encontre», la «rectification» des «procédures en cours et à venir», ainsi que la réparation des préjudices subis. Ces demandes furent rejetées le 3 juillet. Le 7 août 2017, la requérante saisit le Comité d'appel, qui, dans ses conclusions du 2 février 2018, recommanda le rejet du recours. Par lettre du 4 avril 2018, le Directeur général informa la requérante qu'il avait décidé de suivre cette recommandation. Telle est la décision attaquée.

À titre préalable, la requérante sollicite la communication de plusieurs documents. Par ailleurs, elle demande l'annulation de la décision de ne pas reconnaître ses maladies comme des maladies professionnelles ainsi que des conclusions et recommandations du Comité d'appel. Elle sollicite également la reconnaissance de la nature professionnelle de ses maladies. Enfin, elle demande au Tribunal de faire diverses déclarations de droit, d'ordonner sa réintégration avec toutes conséquences de droit, d'ordonner à l'OMPI de «rectifier toutes les procédures en cours et à venir», de lui octroyer des dommages-intérêts à divers titres — et notamment 500 000 francs suisses pour tort moral — ou de lui accorder

«un dédommagement global pour ses quatre dossiers», et de lui allouer des dépens.

L'OMPI demande au Tribunal de rejeter la requête comme dénuée de fondement. Elle indique que la demande tendant au paiement d'une indemnité de 500 000 francs suisses au titre du tort moral prétendument subi n'a pas été soumise au Comité d'appel et qu'elle ne repose sur aucun élément justifiant son bien-fondé.

CONSIDÈRE :

1. Par sa quatrième requête, la requérante attaque la décision du Directeur général du 4 avril 2018, par laquelle celui-ci a suivi la recommandation du Comité d'appel de rejeter le recours contre sa décision du 3 juillet 2017. Cette dernière décision rejetait la demande de l'intéressée du 30 avril 2017 qui revendiquait essentiellement que ses maladies soient reconnues comme étant de nature professionnelle.

2. L'article 6.2 du Statut du personnel de l'OMPI dispose que le Directeur général établit pour les fonctionnaires de l'OMPI un système de sécurité sociale prévoyant de justes indemnités en cas de maladie ou d'accident imputable à l'exercice de fonctions remplies au service de l'Organisation. À cette fin, celle-ci a conclu un contrat d'assurance, qui constitue la partie D du Manuel administratif, dont il fait partie intégrante. L'article 12 de ce contrat fixe comme suit les règles à suivre pour la reconnaissance d'une maladie professionnelle :

«12.1 Généralités

Tout accident ou toute maladie imputable au service entraînant, ou susceptible d'entraîner, la mort, une invalidité ou des frais médicaux doit faire l'objet d'une notification aux assureurs dans les quatre-vingt-dix jours suivant la date de l'accident ou dans les cent vingt jours suivant la date à laquelle le diagnostic de maladie imputable au service a été confirmé. Cette obligation de notification conditionne la recevabilité de la demande qui sera déposée ultérieurement. [...]

[...]

12.2 Incidents imputables au service

Lorsque le preneur d'assurance [l'OMPI] lui demande de se prononcer sur une demande ayant trait à un incident imputable au service, la Section des services médicaux de l'ONUG [Office des Nations Unies à Genève] procède à une évaluation médicale indépendante de cette demande. Lorsque cela s'avère nécessaire, la Section des services médicaux de l'ONUG peut solliciter d'un contractant externe de procéder à une telle évaluation. Aux fins de l'application du présent contrat, c'est sur la base des résultats de l'évaluation ainsi effectuée par les Services médicaux de l'ONUG ou par le contractant externe qu'il sera déterminé si l'incident est imputable au service ou non.»*

En l'occurrence, l'assureur a considéré que le dossier concernant l'accident du travail du 18 mars 2013 était clôturé et que la demande relative à la maladie du 14 novembre 2013 était irrecevable parce qu'intervenue au-delà du délai contractuel de cent vingt jours.

3. En ce qui concerne l'accident du travail du 18 mars 2013, celui-ci a provoqué un lumbago et a été reconnu comme tel. Le 11 novembre 2013, le médecin-conseil a considéré que la prolongation du congé de maladie de la requérante ne se justifiait plus au-delà du 15 novembre.

La requérante estime que, ce faisant, il n'a pas tenu compte d'une autre affection, à savoir une coxarthrose. Selon elle, l'expertise médicale indépendante du 7 février 2014 aurait confirmé ses douleurs au dos et la Commission médicale lui aurait donné raison en validant tous ses congés de maladie. Ce serait dès lors à tort qu'il a été considéré que l'affection résultant de son accident de travail aurait pris fin le 15 novembre 2013.

Jusqu'au 11 novembre 2013, le médecin-conseil a tenu compte des certificats du médecin traitant qui mentionnaient uniquement un lumbago. Le 11 novembre 2013, il a décidé de ne plus valider les congés de maladie en relation avec cette affection, qui n'est d'ailleurs plus évoquée dans les certificats du médecin traitant du 14 novembre 2013 au 18 juin 2014, lesquels font uniquement état d'un syndrome anxiodépressif.

* Traduction du greffe.

Le diagnostic du médecin-conseil a été confirmé par une expertise médicale pluridisciplinaire indépendante du 7 février 2014. Les experts ont expressément répondu par la négative à la question «La prolongation du congé [de] maladie après le 14 novembre 2013, relatif à l'accident du travail, se justifiait-elle médicalement, selon la pathologie invoquée (lumbago) ?». S'il est exact que la Commission médicale a conclu à la validité de tous les congés de maladie de la requérante après le 17 mars 2014 et a déclaré cette dernière inapte au travail, c'était uniquement en raison des troubles psychiques dont elle souffre. La Commission n'a pas retenu la pathologie somatique, alors que son mandat portait également sur cet aspect de l'état de santé de l'intéressée. Le Tribunal relève d'ailleurs que le docteur E., désigné par la requérante, faisait partie de la Commission. Or, c'est le certificat de ce médecin, mentionnant les pathologies tant somatique que psychique, que la requérante a utilisé pour indiquer à l'Organisation ce qu'elle considérait devoir faire l'objet de l'examen de la Commission médicale.

Enfin et surtout, il résulte des pièces du dossier que la requérante souffrait de coxarthrose avant l'accident du travail. Dans un certificat médical du 21 février 2013, c'est-à-dire à une date antérieure à l'accident du travail, un médecin rhumatologue avait constaté cette affection et préconisé le placement d'une prothèse de la hanche. De même, dans le rapport d'expertise médicale indépendante du 7 février 2014, il est relevé que la requérante souffrait de lombalgies occasionnelles depuis 2011. La requérante ne peut dès lors imputer la coxarthrose à son accident du travail.

C'est donc à juste titre que la Section des services médicaux et ensuite l'Organisation et l'assureur ont conclu qu'il n'y avait plus lieu de tenir compte de l'accident du travail du 18 mars 2013 au-delà du 15 novembre 2013 et ont considéré que le dossier y relatif était clos à cette date.

4. En ce qui concerne l'irrecevabilité de la demande de reconnaissance du caractère professionnel de sa maladie psychique, la requérante fait valoir que l'Organisation ne peut se retrancher derrière la décision de l'assureur, qui n'est pas un organe de l'Organisation capable de rendre des décisions au sens du Statut du personnel de celle-ci.

En vertu de l'article 12.1 du contrat d'assurance, l'assureur est appelé à se prononcer sur la recevabilité *ratione temporis* d'une demande de reconnaissance de maladie professionnelle. En l'occurrence, il a estimé que la demande avait été introduite au-delà du délai prescrit de cent vingt jours. Tout au long de la procédure, l'Organisation a considéré que la décision relative à la recevabilité de la demande relevait de la seule compétence de celui-ci. Ce faisant, elle a perdu de vue que, si l'assureur n'est pas un organe de l'Organisation, elle est responsable de son comportement (voir le jugement 3506, au considérant 19). Il lui appartenait, en raison du devoir de sollicitude auquel elle est tenue à l'égard de ses fonctionnaires, de vérifier si le calcul du délai effectué par l'assureur était correct. S'il lui apparaissait que tel n'était pas le cas, elle avait l'obligation de le contester, en utilisant la procédure de résolution des conflits prévue à l'article 8.1 du contrat. En l'occurrence, l'Organisation n'a pas pris position quant à l'exactitude du calcul et s'est fondée exclusivement et avec insistance sur la décision de l'assureur.

Dans ces circonstances, il appartiendrait en principe au Tribunal d'annuler la décision et de renvoyer l'affaire devant l'Organisation pour qu'elle se prononce à ce sujet. Mais le Tribunal ne procédera pas de la sorte, car l'erreur de droit ainsi commise a été sans conséquence, étant donné qu'il ressort clairement du dossier que le calcul était correct. En effet, la demande de reconnaissance de maladie professionnelle a été formulée pour la première fois le 3 août 2015. Or, la maladie a été diagnostiquée dès le 14 novembre 2013. Dans la déclaration à l'assureur, datée du 10 novembre 2015, la requérante indique que le syndrome anxiodépressif a été diagnostiqué le 24 avril 2014. Quelle que soit celle des deux dates retenues pour le premier diagnostic, et même si l'on considérait que l'Organisation aurait dû fournir le formulaire de déclaration de maladie professionnelle dès le 3 août 2015, de sorte que la requérante aurait pu l'introduire à cette date, le délai de cent vingt jours imposé par le contrat d'assurance était écoulé.

5. La requérante soutient que le Directeur général aurait dû mettre en place un comité de compensation ou un comité d'experts médicaux indépendants.

Aucun texte n'impose une telle obligation au Directeur général. Ainsi que le souligne la partie défenderesse, les seules dispositions relatives à la reconnaissance d'une maladie professionnelle sont celles prévues par le contrat d'assurance précité, qui stipule que, le cas échéant, seule la Section des services médicaux, ou un contractant externe désigné par elle, est compétente pour procéder à une évaluation médicale pour décider si l'accident ou la maladie est imputable au service ou non. Mais la demande étant irrecevable *ratione temporis*, il n'y avait pas lieu de procéder à une telle évaluation.

6. La requérante affirme que les conclusions de la Commission médicale du 4 juin 2015, dans lesquelles celle-ci a reconnu sa maladie psychique, constitueraient un fait nouveau qui serait déterminant pour la fixation du point de départ du délai de cent vingt jours. Mais les conclusions de la Commission médicale n'étaient pas un fait nouveau pour la requérante, puisqu'elles n'ont fait que confirmer la maladie dont elle affirmait souffrir.

La requérante fait valoir que l'Organisation n'ayant pas pris en compte les certificats médicaux qu'elle a déposés, elle a dû faire appel à la Commission médicale pour prouver l'existence de sa maladie, avant de pouvoir en démontrer l'origine professionnelle. Ce serait donc la date des conclusions de la Commission médicale qui constituerait le point de départ du délai de cent vingt jours. L'Organisation serait, en raison de son attitude, la seule responsable du dépassement du délai. Mais les stipulations pertinentes du contrat d'assurance ne posent nullement comme condition à la notification d'une maladie dont il est allégué qu'elle est professionnelle que celle-ci soit reconnue par l'Organisation. Elles prévoient uniquement la confirmation de la maladie par un médecin «légalement qualifié» (article 3 — définition du terme «maladie» — et article 12.1 précité du contrat).

La requérante a introduit le 11 juillet 2014 une plainte pour harcèlement. Rien ne l'empêchait de remplir au même moment la déclaration prévue en cas de maladie professionnelle, puisque, selon elle, sa maladie est la conséquence dudit harcèlement.

7. D'après la requérante, la date du dépôt de la demande de reconnaissance de sa maladie professionnelle se justifie par l'évolution de sa maladie. Mais, dès lors que, dans le formulaire de déclaration, l'intéressée a elle-même fixé la date du 24 avril 2014 comme celle du diagnostic de sa maladie, elle ne peut reprocher ni à l'assureur ni à l'Organisation de ne pas avoir pris en compte une date ultérieure.

8. La requérante affirme encore que la maladie psychique dont elle souffrait ne lui permettait pas de faire face à ses obligations journalières et donc encore moins de remplir des documents administratifs pour obtenir des indemnisations. Cet argument ne peut être retenu, dès lors que la requérante et sa conseillère de l'époque ont entrepris de très nombreuses démarches administratives et contentieuses depuis 2014, ainsi qu'en témoigne l'abondance de pièces jointes aux quatre requêtes soumises au Tribunal.

9. La requérante soutient que le Directeur général aurait dû donner une réponse «scientifique» à la demande de reconnaissance de maladie professionnelle sans se fier exclusivement au diagnostic du médecin-conseil. Elle reproche également à l'Organisation d'avoir été négligente et énumère une longue liste de faits qui, selon elle, sont constitutifs du harcèlement qui serait la cause de sa maladie. Par ailleurs, elle suspecte le Directeur général et l'assureur de conflits d'intérêts et estime qu'ils ne pouvaient prendre quelque décision que ce soit au sujet de la reconnaissance de sa maladie professionnelle. Enfin, elle considère que l'attitude du Directeur général était «douteuse» et propose deux hypothèses au Tribunal : soit la demande de reconnaissance de maladie professionnelle n'a pas été envoyée à la Section des services médicaux, soit la demande a été envoyée mais «stoppée» par la suite, chacune de ces deux hypothèses étant révélatrice d'un acte illicite.

Mais tous ces arguments sont inopérants dès lors que la demande de reconnaissance de maladie professionnelle était en tout état de cause irrecevable *ratione temporis*.

10. La requérante considère que la durée de la procédure était excessive, tant pour la mise en place de la Commission médicale et l'élaboration de ses conclusions que pour le refus de reconnaissance du caractère professionnel de sa maladie.

En ce qui concerne le grief relatif à la durée de la procédure relative à la Commission médicale, le Tribunal a estimé, au considérant 17 du jugement 4243 rendu ce jour sur la première requête de l'intéressée, qu'il ne pouvait être retenu.

En ce qui concerne la procédure ayant mené au refus de reconnaissance du caractère professionnel de sa maladie, la requérante expose qu'elle a duré plus de deux ans et huit mois. L'intéressée a introduit sa demande le 3 août 2015. Elle affirme que ce n'est que le 23 novembre 2016 qu'elle a «reç[u] des nouvelles» par la communication des conclusions du Comité d'appel sur son recours contre son licenciement (WAB/2016/02 du 7 novembre 2016). Il est vrai que l'Organisation a mis deux mois pour envoyer à la requérante les formulaires de déclaration de maladie professionnelle et plus de six semaines pour transmettre à l'assureur les formulaires complétés par l'intéressée. Elle n'a jamais notifié la décision de l'assureur à la requérante. Tout cela est critiquable. Mais il résulte des pièces du dossier que l'assureur a communiqué sa décision à la requérante le 21 juin 2016. Celle-ci aurait dès lors pu introduire sa réclamation dès ce moment. Or, ce n'est que le 30 avril 2017 qu'elle l'a fait, si bien qu'une partie très importante du retard de la procédure lui est imputable. Le grief ne peut dès lors être accueilli.

11. La requérante demande au Tribunal de faire un certain nombre de déclarations de droit. Selon la jurisprudence constante du Tribunal, de telles conclusions sont irrecevables (voir les jugements 3876, au considérant 2, 3764, au considérant 3, 3640, au considérant 3, et 3618, au considérant 9).

12. Il résulte de ce qui précède que la requête doit être rejetée dans son ensemble, sans qu'il y ait lieu d'ordonner la production des documents sollicités par la requérante.

Par ces motifs,

DÉCIDE :

La requête est rejetée.

Ainsi jugé, le 8 novembre 2019, par M. Patrick Frydman, Président du Tribunal, M^{me} Fatoumata Diakité, Juge, et M. Yves Kreins, Juge, lesquels ont apposé leur signature au bas des présentes, ainsi que nous, Dražen Petrović, Greffier.

Prononcé à Genève, en audience publique, le 10 février 2020.

PATRICK FRYDMAN

FATOUMATA DIAKITÉ

YVES KREINS

DRAŽEN PETROVIĆ